

Al Direttore Area Vasta 2

Al Dirigente U.O.C. Libera Professione e Recupero  
Crediti Prestazioni Sanitarie

Loro Sedi

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME AMBULATORIALE:  
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE/VARIAZIONE.

Il/la sottoscritto/a Dr. ~~Bressa~~ PIERO ANZEMI  
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato  
 determinato

in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di ANESTESIA e RIANIMAZIONE  
Sede di  Fabriano  Jesi  Ancona  Senigallia

CHIEDU

per se stesso  
 per l'equipe, denominata: \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ ovvero (nel caso di nuova costituzione) composta dai seguenti  
dirigenti:

dr. \_\_\_\_\_ dr. \_\_\_\_\_

dr. \_\_\_\_\_ dr. \_\_\_\_\_

dr. \_\_\_\_\_ dr. \_\_\_\_\_

Coordinatore d'Equipe dr. \_\_\_\_\_

- l'apertura di un nuovo ambulatorio.
- la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di \_\_\_\_\_ già autorizzato.
- la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
- l'effettuazioni di nuove prestazioni presso l'ambulatorio autorizzato:  
UBICAZIONE AMBULATORIO DA APRIRE (compilare per le richieste di cui al punto n. 1).

Ubicazione (indicare: struttura e collocazione interna, es. piano, reparto, ecc.):

OSIRIO REPARTO ANALGESIA

**PRESTAZIONI CHE SI INTENDONO FROGARE** (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,3,4)

Codice Reg.le	Descrizione	Onorario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO)
	INIZIATAZIONE		€ 50,00	20'	
	INIZIATAZIONE COLARE				

(1) Il professionista può decidere il proprio onorario (in tal caso la tariffa finale sarà calcolata d'ufficio) ovvero fissare la tariffa finale (in tal caso sarà l'onorario ed essere ricavato d'ufficio).

(2) per esigenze CUP i tempi medi delle prestazioni prenotabili indistintamente in una agenda devono essere multipli tra loro, es: 15, 30,45 oppure 10, 20, 30 e così via.

**ORARIO OPERATIVITA'** (compilare per le richieste ai punti nn. 1,2,4)

Prestazioni	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle
									14.00	16.00		

**MACCHINARI ED ATTREZZATURE UTILIZZATE** (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

(descrizione) Sono usate esser le e le volte  
Per la cura

**MATERIALI IMPIEGATI** (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

Indicare per ogni prestazione, gli eventuali materiali specifici utilizzati (Kit monouso, ferri chirurgici, eventuale necessità di sterilizzazione, farmaci ecc.; non è comunque necessario indicare il materiale di consumo generico di ogni ambulatorio quale: garze, telini ecc.)

Prestazione: \_\_\_\_\_ Materiali utilizzati: \_\_\_\_\_

Prestazione: \_\_\_\_\_ Materiali utilizzati: \_\_\_\_\_



Prestazione: \_\_\_\_\_

Materiali utilizzati: \_\_\_\_\_

EVENTUALI MODALITA' DI RIPARTIZIONE DEI COMPENSI ALL'INTERNO DELL'EQUIPE:  
(qualora non definite, potranno essere indicate di volta in volta dal coordinatore in sede di liquidazione mensile)

COMUNICAZIONI: il/i richiedente/i con la sottoscrizione prende/ono atto che tutte le comunicazioni incrementi la gestione nel tempo della presente autorizzazione avvengono via posta elettronica. A tale scopo chiede/ono di inviare le e-mail al/ai seguenti indirizzi:

P. ARZ...@...mon...it

.....@.....

.....@.....

09170

Li. 18/3/2015

IL PROFESSIONISTA  
Piero Arz...

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

A.S.U.R. MARCHE AREA VASTA N° 2 - III  
U.O. ANALGESIA o ANESTESIA  
Dr. Franco Ferrara  
Cod. Fisc. FRR FNC 9107 H1092  
PARERI FAVOREVOLI E NULLA OSTA

Direttore U.O.C. (per richieste di cui ai punti 1,2,4)

(Con la sottoscrizione per parere favorevole il Direttore delle UU.OO. attesta anche che le medesime prestazioni sono rese erogate dalla U.O.C. di appartenenza in attività istituzionale per volumi non inferiori a quelli programmati in attività libero professionale).

Direttore di Dipartimento (solo in caso in di utilizzo di strutture o attrezzature a valenza dipartimentale)

Direzione Medica di Presidio/ovvero Direzione di Distretto (solo per richieste di cui ai punti 1,2,4)

IL DIRETTORE SANITARIO DEL P.O.U.  
(NOME COGNOME)

Dirigente Professioni Sanitarie (solo per richieste di cui ai punti 1,4)